

مروری بر روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت: مبانی تا عمل

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Theory to Practice

حامد کاشانکی (نویسنده مسئول)

Hamed Kashanaki*

PhD student in health Psychology,
University of Tehran
hkashanaki@ut.ac.ir

Saeid Aslani

Master of General Psychology,
Allameh Tabataba'i University

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت

دانشگاه تهران

سعید اصلانی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی

عمومی دانشگاه علامه طباطبایی

چکیده

Abstract

This paper presents an overview of the concepts, requirements, scope, objectives, techniques and principles of this area of psychodynamic therapy. Moreover, with further analysis and consideration of the impact and effectiveness of the fore-mentioned therapy on reduction of pain causing symptoms of Medical and psychiatric diseases, it also tries to expand the horizons of psychoanalysts and those interested in this new field of health care. Cases studied in this research are the following; Latest articles in this field, related books and analyzing the experiences of known therapists of this field. Despite the fact that intensive and short-term dynamic psychotherapy is somewhat of a newfound subject, it is deemed to be among the most effective psychotherapy methods, and since it is of Iranian origin and it also accentuates the importance of experience, excitements, originality of emotions and the primacy of emotion over thinking, it has many advocates here in our own country, and is rapidly expanding. This article, by reviewing the basic principles of psychodynamic therapy and concepts such as emotion, anxiety and defensive mechanism which is accepted by the majority of therapies, can be fruitful for all

این مقاله نگاهی کلی به مفاهیم، ضروریات، گستره، اهداف، تکنیک‌ها و مبانی این حوزه از درمان روان پویشی دارد. در مقاله حاضر با روشن‌سازی مکانیزم اثربخشی این درمان در کاهش علائم رنج‌آور بیماری‌های پزشکی و روانی سعی بر گسترش افق دید روان‌کاوان و علاقه‌مندان به این حوزه جدید درمانی می‌شود. موارد بررسی شده در این پژوهش جدیدترین مقالات این حوزه، کتب مرتبط و بررسی و تحلیل تجربیات درمانگران مطرح آن است. روان‌درمانگری پویشی فشرده کوتاه‌مدت با وجود نوظهور بودنش جزو اثربخش‌ترین روان‌درمانی‌ها تلقی می‌شود و به دلیل اصالت ایرانی خود و اهمیت قائل شدن برای تجارب و هیجانات و اصالت احساس و تقدم هیجان بر تفکر درک شور خودمان نیز طرفداران زیادی دارد و به سرعت رو به گسترش است. این مقاله با بررسی اصول بنیادی روان پویشی و مفاهیمی مانند احساس، اضطراب و دفاع که مورد پذیرش اکثر روش‌های درمانی است می‌تواند برای تمامی درمانگران ثمربخش باشد. هدف نهایی مقاله حاضر، روشن‌سازی مسیر درمانگران علاقه‌مند و

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

therapists. The ultimate goal of this paper is to clarify the path to interested therapists and specialists in this field. According to the originality of experience and its visibility in human relationships and life, person triangle and conflict triangle form the basis of this treatment, conflict triangle refers to internal factors, such as emotions and defense mechanism and person triangle refers to the context and interpersonal factors of the problem. The basis of the treatment takes place through the reconstruction of conflict triangle (process of emotion sequence, anxiety and defense mechanism) in the form of relationship triangle, especially patient-therapist relationship during therapy sessions. The patient's repressed feelings towards parents, in the context of therapy with awareness to experience therapist, will be analyzed and named. Experiencing the excitements leads to the neutralization of defense mechanisms and liberation from self-constituted sufferings. Self-constituted suffering is the result of a super-ego which is fueled by unconscious guilt, willingness to sacrifice and resistance of the individual. The basic difference of this therapy from traditional psychoanalysis is thwarting the transferable resistance, strengthening the therapeutic alliance, emphasis and pressure on experiencing instantaneous emotions and an additional focus on physical symptoms, in a way that it can be a combination of psychotherapy and behavioral therapy techniques with the objective of emotional desensitization. Skillfulness of therapists in this field can be summarized in making fine observations. Being close to emotional experiences should be seen at the moment of its occurrence and pointed out to the patient so that the therapeutic process shall be effective. Courage, boldness and mindfulness of the therapist is amongst the important factors that could make the process of treating patients, quick, accurate and persistent.

Keywords: Experience, Person and co triangle, Suffering, Super-Ego

متخصصان این حوزه است. با توجه به اصالت تجربه و نمایان شدن تجربه در روابط و زندگی آدمی مثلث روابط و مثلث تعارض اساس کار این درمان را شکل می‌دهد، مثلث تعارض به عوامل درونی مشکل مانند احساس و دفاع اشاره دارد و مثلث روابط به بافت و عوامل بین فردی مشکل می‌پردازد. اساس درمان از طریق بازسازی مثلث تعارض (سیر توالی احساس، اضطراب و دفاع) در قالب مثلث روابط خصوصاً رابطه بیمار با درمانگر در جلسه درمانی است، احساسات سرکوب شده بیمار نسبت به والدین این بار در بافت درمانی و به صورت آگاهانه نسبت به درمانگر تجربه، پردازش و نام‌گذاری می‌شوند، تجربه هیجانات منجر به خنثی شدن دفاع‌ها و رهایی از رنج خودساخته می‌شود. رنج خود ساخته نتیجه وجدان بیماری است که سوخت آن احساس گناه ناهشیار فرد و تمایل به قربانی شدن و مقاومت است. وجه ممیزه اساسی این درمان از روانکاوی سنتی، خنثی کردن مقاومت انتقالی، تقویت پیمان درمانی، تأکید و فشار بر تجربه آنی احساسات و توجه مضاعف بر علائم بدنی است به طوری که می‌توان آن را تلفیقی از روانکاوی و فنون رفتاردرمانی با هدف حساسیت‌زدایی هیجانی دانست. تبحر درمانگر این حوزه بیش از هر چیزی در خوب دیدن خلاصه می‌شود. نزدیکی به تجارب هیجانی باید در لحظه دیده شود و به بیمار نشان داده شود تا فرآیند درمانی مؤثر واقع شود؛ شجاعت، جسارت و به هوشیاری درمانگر از جمله عوامل مهمی است که می‌تواند روند درمانی بیمار را دقیق و سریع و ماندگار کند.

واژگان کلیدی: روان پویشی، تجربه، رنج، انتقال، مثلث شخص و تعارض

تاریخچه پژوهشی، درمانی

اولین کسانی که با جلسه‌های کوتاه روانکاوی توسط فروید^۱ درمان شدند برونو والتر^۲ در ۶ جلسه و گوستاو ماهلر^۳ در ۴ جلسه بودند (کارلسون^۴، ۲۰۰۴). فروید برای این بیماران مقاومت سرکوبی^۵ و در دهه بعد مقاومت فرامن^۶ را مطرح کرد (جوزف^۷، ۱۹۸۰). مقاومت سرکوبی به ظرفیت پایین افراد برای تجارب احساسی اشاره دارد و مقاومت فرامن همان تمایل به رنج کشیدن و عدم آزادی است، فروید احساس گناه ناهشیار را عامل شکل‌گیری مقاومت قدرتمند می‌دانست؛ مقاومت قدرتمندی که موضوع درمان پایان‌پذیر و پایان‌ناپذیر را شکل می‌دهد و موجب تسلیم شدن در برابر فرامن می‌شود (فروید، ۱۹۳۲). تلاش فروید برای غلبه به این موضوع منجر به کشف تداعی آزاد^۸ و نورز انتقال^۹ و تکنیک‌های روان‌تحلیلی شد و در نهایت روانکاوی را تلاش جهت هشیار ساختن بیمار به خشونت و بی‌رحمی فرامن دانست (گیل^{۱۰}، ۱۹۸۴). در سال‌های بعدی افرادی مثل اتو رانک^{۱۱} (۱۹۵۴) با ایجاد مفهوم اراده درمانی^{۱۲} و الکساندر^{۱۳} (۱۹۵۰) با طرح مفهوم تجربه هیجانی اصلاحی^{۱۴} و بهره‌گیری از روان‌درمانی تفسیری^{۱۵} بین دفاع‌ها و الگوهای ارتباطی افراد در زمان حال و گذشته ارتباط برقرار ساختند تا روانکاوی را کوتاه کنند؛ این تکنیک‌ها تأکید زیادی بر پاسخگویی هیجانی^{۱۶} و روان‌درمانی انفرادی داشتند، مالان^{۱۷} (۱۹۷۳) با استفاده از این مفاهیم ملاک‌های سلامت را ظرفیت بالا برای رابطه خوب با مردم، انگیزه برای بینش و عدم وجود انحرافات جنسی

۱. Freud

۲. Bruno walter

۳. Gustav mahler

۴. Carlson

۵. resistance of repression

۶. superego's resistance

۷. Joseph

۸. free association

۹. transference neurosis

۱۰. Gill

۱۱. Rank

۱۲. Will therapy

۱۳. Alexander

۱۴. Corrective emotional experience

۱۵. Interpretative psychotherapy

۱۶. emotion responsiveness

۱۷. Malan

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

دانست، مان^۱ (۱۹۸۱) روان‌درمانی با محدودیت زمانی^۲ را مطرح ساخت و بر نقش فعال درمانگر و از بین بردن مقاومت بیمار در روند درمانی تأکید کرد، با این وجود درمان بیماران شخصیتی را ناممکن می‌دانست. ولبرگ^۳ (۱۹۸۰) با ایجاد روش هیپنوتیزم نشان داد با کنترل اضطراب می‌توان بیماران بی‌انگیزه نسبت به درمان شدن را درمان کرد درحالی‌که روانکاوان تفسیر مقاومت را مهم‌ترین عامل درمان می‌دانستند اما پژوهش‌ها آنرا تأیید نکردند و تفسیر کردن را تکنیکی ناقص نشان دادند (کوپر^۴، ۱۹۸۷). تکنیک‌های روانکاوای کوتاه‌مدت به طور عینی در کارهای دوانلو^۵ منسجم شد، دوانلو اولین کسی بود که از تکنولوژی ویدئویی در درمان استفاده کرد، در روش او، فعالیت درمانگر بصورت پیگیرانه و بی‌رحم نسبت به دفاع‌ها، در مرحله افزایش مقاومت افزایش یابد، مقاومت بیمار می‌شکند بدون اینکه بیمار غرق احساسات منع شده شود. این تکنیک همان قفل‌گشایی ناخودآگاه نام داشت، عامل اصلی درمانی درجه مقاومت و عناصر انتقالی می‌باشند و درجه قفل‌گشایی به درجه تجربه احساسات انتقالی ارتباط دارد. احساسات انتقالی همان بازسازی احساسات دفن شده توسط ناهشیار بیمار در غالب رابطه با درمانگر است. بنابراین قفل‌گشایی یا همان تجربه احساسات مسدود شده ناشی از غلبه پیمان درمانی بر مقاومت انتقالی (عدم ظرفیت بیمار برای تجارب احساسات منفی و مثبت به درمانگر) می‌باشد (دوانلو، ۱۹۹۵)؛ در روانکاوای همیشه تأکید بر این بود که بیمار پدر یا مادرش را ببخشد و این بخشش زمانی اصیل و واقعی است که مخزن بیماری زای تعارضات و احساسات در سازمان ناخودآگاه، تهی شود. هر زمان بیمار به صورت واقعی احساسات آسیب‌زا تجربه نماید (نه اینکه به آنها بینش عقلانی داشته باشد) مخزن آسیب‌زا خالی می‌شود. وظیفه درمانی در نهایت همین نکته است (دوانلو، ۲۰۰۵). دوانلو ابتدا با کار بر بیماران با مقاومت کم و متوسط توانست مداخلات متمرکز و فعالی را ایجاد کند تا به احساسات ناهشیار بیمار دست یابد، سپس در دهه ۱۹۷۰ کار بر بیماران با مقاومت بالا را شروع کرد و حین جلسه درمانی متوجه بر انگیزته شدن مقاومت اولیه شد و تلاش نمود تا احساسات بیمار متجلی شود و به بیماران کمک کرد تا بر علیه دفاع‌ها که مانع تجربه این

1. Mann

2. time-limited psychotherapy

3. Wolberg

4. Cooper

5. Davanloo

احساسات متعارض می‌شوند، بر انگیزته شوند تا آن‌ها را مختل کنند (عباس^۱، تاون^۲ و درین^۳، ۲۰۱۳).

اگر بخواهیم به طور خلاصه روند تکمیل روان‌کاوی را بررسی کنیم می‌توان گفت فروید ابتدا تکنیک هیپنوتیزم دکتر بروئر را در پیش گرفت که ناموفق بود، سپس تکنیک تداعی آزاد (حالت منفعل درمانگر و تلاش برای رسیدن به ناهشیار) را انتخاب نمود که امروزه این تکنیک از ویژگی‌های اصلی روان‌کاوی کلاسیک است. او راه‌های زیادی راه برای رسیدن به ناهشیار، توصیف می‌کند از جمله رویاها، جک و لغزش‌های کلامی. بی‌میلی فروید برای مواجهه مستقیم با مقاومت نتیجتاً باعث وابستگی بیمار به درمانگر و همچنین اغلب باعث جلسات طولانی مدت درمانی می‌شد. نتایج درمانی اغلب نامطمئن و برای مطالعه و ارزیابی سیستماتیک، دشوار بود و باعث می‌شد در عمل نتایج درمانی کم و یا مبهمی داشته باشد (مالان، ۲۰۰۰). در ادامه دوانلو با تحقیق و بررسی بر روی مقاومت بیماران خویش که به صورت ویدئویی، ثبت کرده بود، تکنیک پویشی فشرده کوتاه‌مدت را ایجاد کرد که با آن در بسیاری از بیماران حتی هنگام جلسه اولیه درمان می‌توان با سرعت بیشتری به ناهشیار دست یافت به طوری که مالان (۱۹۸۰؛ به نقل از میگون^۴، ۱۹۸۵) اذعان کرد «فروید ناخودآگاه را کشف کرد، دوانلو دریافت که چگونه آن را برای درمان به کار گیرد». فهم دوانلو (۱۹۸۷-۱۹۸۰) از نظریه روان‌کاوی، تجربه‌اش با بیماران و آموزگاران در طول کارآموزی خود و فهم شهودی‌اش از فرایند روان‌کاوی تمام عواملی‌اند که در رشد تکنیک‌های او موثر بوده‌اند.

دکتر صنعتی (۱۳۸۹) در مقدمه کتاب قفل‌گشایی ناهشیار دوانلو (۱۹۹۵) می‌نویسد: حبیب دوانلو روان‌پزشکی زاده ایران است. او ابتدا در رشته جراحی آموزش دید و سپس در دانشگاه هاروارد در مکتب روان‌گاوآن کلاسیک به تحصیل پرداخت. کار آموزشی و تحقیقاتی وی در سال‌های ۱۹۶۰ آغاز شد. این دانشمند نوآور و استاد تحقیقاتی بالینی دانشگاه مک‌گیل در مونترال کانادا یکی از پیشگامان به حق و دهه‌ها جلوتر از زمان خود بود. نوآوری‌ها و کشفیات وی را می‌توان بصورت زیر خلاصه کرد:

1. Abbass

2. Town

3. Driessen

4. Migone

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

-اولین کسی بود که به ثبت شنیداری و دیداری و تحلیل نظام‌مند فرآیند درمان پرداخت.

-از اولین کسانی بود که نقش آسیب وارد شده به پیوند های دلبستگی اولیه را در پیدایش الگوهای مادام‌العمر عذاب آور و تشکیل نشانه‌ها شناسایی کرد.

-او مجموعه ای نظام‌مند از فنون درمانی انقلابی را برای دستیابی سریع به لایه های عمیق ذهن ناخودآگاه و رسیدن به تغییرات سریع و ماندگار، ابداع نمود و بسط داد.

- مهم ترین ویژگی سیستم وی از میان برداشتن سریع مقاومت می‌باشد و مداخله اصلی این سیستم، چالش با مقاومت است که در رابطه مستقیم بیمار و درمانگر نمود پیدا می‌کند. سر شاخ شدن با دفاع‌ها¹ تکنیک دوانلو است و تلاش درمانگر جهت درونی کردن بحران روانی بیمار به کار گرفته می‌شود. چالش وقتی شروع می‌شود که مقاومت به صورت محسوس بین درمانگر و بیمار متبلور شود و این چالش بایستی با میزان دفاع‌ها هماهنگ باشد.

دلاسلوا (۱۹۹۶) از روانکاوان مطرح در مقدمه کتاب خود پس از شرکت در سمینار آموزشی دوانلو می‌نویسد: سمینار شگفت‌انگیزی بود. طی ۱۶ ساعت در یک تالار اجتماعات تاریک نوار ویدئویی جلسات واقعی درمانی را مشاهده کردیم و من واقعاً ناظر یک انقلاب در درونم بودم. در گذشته آموخته بودم که برای تشدید تعارض های بیمار و تسریع دستیابی آنها به افکار و احساسات ناهشیار باید کمیت جلسات درمانی را افزایش داد بر این اساس بیماران بین دو تا پنج جلسه در هفته طی یک سال تحت درمان قرار می‌گرفتند، درحالی‌که دکتر دوانلو شواهد صریحی را ارائه داد که از طریق افزایش کیفیت مداخله های درمانی می‌توان فرایند تحلیل را تسریع و فشرده کرد. از دیگر کشفیات موثر دوانلو پیمان درمانی ناهشیار بود به طوری که عباس (۲۰۱۵) آن را کشف تاریخی دوانلو می‌داندست. دوانلو با این کشف موجب سرعت بخشی به روند درمانی بیماران شد. او متوجه شد بیماران به صورت ناهشیار دائماً برای رهایی از بیماری و رنج تلاش می‌کنند و اگر درمانگر مستقیماً بیمار را به این امر آگاه کنند شفای لحظه ای را ایجاد می‌کند درحالی‌که پیشتر در روانکاوای سنتی شفا با جلسات طولانی مدت و مواجهه غیر مستقیم با ناهشیار شکل می‌گرفت و نسبت به فرآیند بیماری بدبین بود، مفهوم پیمان درمانی ناهشیار ناظر به وجود حیات روانی و پنهان شدن سلامت روان و نه صرف عدم آن است.

¹. Head on collision

لایکین^۱، وینستون^۲ و مک‌کالوگ^۳ (۱۹۹۱) در کتاب روان‌درمانگری پویشی فشرده کوتاه‌مدت^۴ که جزو نخستین نظم بخشی‌های پژوهشی و کاربردی به این رویکرد نوین بود به طور خلاصه روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت را اینگونه معرفی می‌کنند: این درمان زمانی کاربرد دارد که افراد در موقعیت‌های مهمی مضطرب می‌شوند، این بیماران اغلب احساسات آسیب‌دیده‌ای تجربه می‌کنند که منجر به تعارض در روابطشان با دیگران می‌شود، بیماران از راهبرد های دفاعی برای دور نگه داشتن احساس و اضطراب استفاده می‌کنند. افرادی که از این درمان بهره می‌برند کسانی هستند که مکانیزم‌های دفاعی روتینشان آنها را از لذت و درک معنای زندگی منع کرده است، این درمان برای کسانی که مشکلاتی در روابط با والدین، کودکان، همسالان و معشوق خود دارند بسیار رایج است و همانند دیگر درمان‌های روان‌پویشی، بر مبنای کمک به بیمار برای درک اینکه رنجش نتیجه احساسات نا‌هشیارش است، بنا شده است. درمانگران آشکار خواهند ساخت که چگونه دفاع‌های بیمار مانع سالم زندگی‌کردنش می‌شوند، هدف درمان ایجاد پیوند بین مشکلات کنونی بیمار با حوادث دردناکی است که در سراسر زندگی فردی اش رخ داده است. این روش مستقیماً متمرکز بر تجارب بیمار است که در ابتدای مسیر این درمان را دشوار ساخته است. رویکردی فعال دارد که به بیمار کمک می‌کند احساسات عمیق ترش را تجربه کند و درمانگران باید با شناسایی دفاع‌ها و دور نگه داشتنشان، از آسیب دیدن بیمار جلوگیری نمایند.

در انتهای تاریخچه علمی این روش، مفاهیم کلیدی روان‌کاوی به صورت مختصر توضیح داده می‌شود.

انتقال^۵: تکانه‌هایی است که توسط بیمار در رابطه با روان‌کاو تجربه می‌شوند؛ از زود هنگام‌ترین روابط ابژه‌ای فرد شکل گرفته‌اند و تحت تأثیر اجبار به تکرار^۶ زنده می‌شوند.

فشار^۷: ترغیب بیمار برای انجام کاری در جهت بهبود خود.

چالش^۱: درخواست از بیمار برای متوقف کردن کار مخرب در درمان.

1. Laikin

2. Winston

3. McCullough

4. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)

5. Transference

6. Repetition compulsion

7. challenge

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

پیمان درمانی^۲: آن بخش سالم از «من» که در جستجوی آزادی است.

دفاع: شیوه های مقاومت در برابر واقعیت و احساسات برخاسته از شیوه های اجتناب از احساسات.

پیمان درمانی هشیار: میل بیمار به خوب شدن، همکاری با درمانگر، گفتن حقایقی که دردناک است، و رویارویی با احساسات ناراحت کننده خود.

سر شاخ شدن با دفاع: برخورد رودررو با مقاومت و پر قدرت ترین مداخله خاص درمانگر

پیمان درمانی ناهشیار: برقراری ارتباط به سبکی که درمانگر به استنباط اموری که در اعماق فکر و احساس بیمار می گذرد قادر شود و فرایند شناسایی و لمس آنها را در بیمار تسهیل نماید.

دفاع های ناهمساز با خود^۳: دفاع هایی را که بیمار نسبت به آنها آگاهی دارد دفاع های ناهمساز گویند؛ نشانگر سازش یافتگی بالای ایگوی بیمار است، یعنی یک ایگوی ناظر.

دفاع همساز با خود^۴: دفاع هایی که ریشه در خوی بیمار دارند و کاملاً همساز با منش او هستند. به عبارتی همساز شدن دفاع و انسجام آن در ساخت شخصیتی فرد می باشد.

ظرفیت انطباقی ایگو^۵: توانایی ایگو در تعدیل سازنده نیازهای بیرونی و درونی انطباق مثلث تعارض و شخص

شکندگی^۶: ناتوانی در تجربه یا تحمل اضطراب و احساسات دردآور و واکنش های دفاعی مانند برون ریزی انفجاری عواطف، ناتوانی در کنترل تکانه، فرافکنی، و اضطراب بالا، اختلال در قوای شناختی، ادراکی، سبکی سر، گسستگی هشیاری .

وظیفه درمانی^۷: کمک به بیمار برای رها کردن دفاع ها و مواجهه با احساسات خود.

دفاع منش^۸: شیوه ارتباط با خود.

1. Challenge

2. Therapeutic alliance

3. Dystonic ego

4. Syntonic ego

5. Ego adaptive capacity

6. Fragility

7. Therapeutic task

8. Character dsfense

بازگشایی ناهشیار: دسترسی مستقیم به ناهشیار و رخنه در احساسات سرکوب شده قبلی.
مقاومت انتقالی: به عمل درآوردن رابطه ای در گذشته با هدف مقاومت در برابر تجربه احساسات نسبت به درمانگر

ناهمسازی^۱: توانایی تمایز خود از دفاع‌های مورد استفاده خود/ توانایی دیدن دفاع‌ها.
دفاع در برابر نزدیکی هیجانی^۲: تمامی دفاع‌های فعال شده بر ضد آگاهی از احساسات درد آور و آکنده از اضطراب گرد هم می‌آیند تا سبب مقاومت در برابر نزدیکی شوند.

بیماری روانی

طبق تحقیقات دوانلو، شروع اختلال نوروتیک می‌تواند به آسیب روانشناختی^۳ در ارتباط با دلبستگی اشخاص اولیه زندگی مربوط باشد. این آسیب که از اختلال در دلبستگی احساسی فرد ناشی می‌شود ممکن است تأثیرات موقت یا پایداری بر روی سبک دلبستگی فرد و سایر ارتباطات وی داشته باشد. فرد آسیب‌دیده نمی‌تواند از لحاظ هیجانی به دیگران نزدیک شود و این شکست در دلبستگی باعث احساس دردناک فقدان و پاسخ واکنشی گناه به خود برگشته، بخاطر احساس خشمی که نسبت به موضوع عشق خود (مادر) دارد، می‌شود همزمانی این احساسات متعارض باعث ایجاد اضطراب ناهشیار در درون سیستم روانی فرد می‌شود و سیستم، مکانیزم‌های دفاعی ناهشیار را برای کاهش این اضطراب و جلوگیری از ورود آنها به سطح هشیاری، به کار می‌گیرد. (عباس و همکاران، ۲۰۱۳). در ادامه به بررسی این مفهوم سازی بیمار با زبان ساده تر می‌پردازیم.

شکست در روند عشق ورزی امری گریز ناپذیر در تجارب انسانیست، درد و رنج گریز ناپذیر است، کسانی را که دوست داریم هر لحظه ممکن است از دست بدهیم، هر لحظه ممکن است آماج خشم فرد مورد علاقه خود قرار گیریم یا کسی را که دوست داریم آزار دهیم، هر لحظه امکان جدایی ما در وصل وجود دارد، رنج ذات زندگی ما آدم هاست، ولی آنچه درمان پویایی فشرده کوتاه مدت با آن سر و کله می‌زند رنج خود ساخته است. رنج خود ساخته به معنای بازسازی تجارب قربانی شدن و تکرار سناریوی آزار خود است. تا زمانی که ما از روش های دفاعی خود در مقابل احساسات آگاه نشده ایم، به تکرار همان رفتارها

^۱. Dystonicity

^۲. Tactical defence

^۳. Truma

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

و دفاع‌ها و به تبع آن همان نتایجی می‌پردازیم که در کودکی تجربه کرده ایم و آموخته ایم. این مفهوم پردازی فروید از اجبار تکرار است (چو^۱، ۱۹۹۱). از همان کودکی مکانیزم‌های دفاعی برای خفه کردن و سرکوب احساسات به کار گرفته شدند که تا زمان بزرگسالی سرنوشت ما را در دست خود گرفته‌اند و قدرتمندانه به کار خود ادامه می‌دهند. کسی که قربانی سرسختی پدرش شد شوهری سخت‌گیر می‌کند یا مثل پدر سخت‌گیر می‌شود و به شوهر آسیب می‌زند. کسی که با مظلوم‌نمایی از مادر محبت گرفت شوهری می‌کند خودخواه تا با مظلوم‌نمایی و حفظ موضع ضعف و ناتوانی توجه و محبت بگیرد؛ گویی همیشه همان خیابان، همان کوچه و همان چاله را تکرار می‌کنند. این همان زجر^۲ است (شدلر^۳، ۲۰۰۶). از طرفی احساسات رخ خواهند داد، چه بخواهیم و چه نخواهیم! اما مسئله این جاست که پرورش ما انسانها همواره این جز طبیعی زندگی‌مان را به رسمیت نمی‌شناسد و در طول رشد خود یاد می‌گیریم که نه تنها به احساسات خود احترام نگذاریم، بلکه با شدت هر چه تمام آنها را نادیده بگیریم و یا پس‌بنیم (دلاسلوا^۴، ۱۹۹۶)، پس بی‌اعتنایی به احساسات و ناتوانی در تجربه آنها از طرفی و از طرف دیگر بازسازی تجارب آسیب‌زای زندگی در قالب رنج خود ساخته، بیماری روانی را شکل می‌دهد. بازسازی تجارب آسیب‌زا و در رنج ماندن به سوپر ایگو یا وجدان سخت‌گیر تعبیر می‌شود. عدم ظرفیت تجربه احساسات و سوخت‌رسانی وجدان سخت‌گیر اثری تصاعدی بر سلامت فرد می‌گذارند. وجدان سخت‌گیر او را محکوم به شکست و زندانی بودن در تجارب آسیب‌زا می‌داند و مانع از این می‌شود که مشکل خود را بپذیرد و نداشتن ظرفیت تجربه احساسات مانع می‌شود که فرد زندگی را زندگی کند و از تجارب خویش در جهت تغییر و بهبودی بهره‌مند شود. در ادامه به بررسی عینی و دقیق‌تر نحوه شکل‌گیری بیماری می‌پردازیم.

زمانی که کودک در روند عشق‌ورزی به والدین طرد شود، بیش از حد حمایت شود یا مورد بهره‌کشی جسمی یا روانی قرار گیرد با آسیب مواجه می‌شود، در نتیجه عشق‌ورزی او به والدینش با احساسات متعارضی مانند نفرت و گناه همراه می‌شود. تا زمانی که این احساسات

1. Chu

2. Suffer

3. Shedler

4. Della Selva

برای بیمار ناهشیار است و سرکوب شود، دفاع و اضطراب پسایند آنها نیز ناهشیار می‌ماند، خشم و نفرت مرگبار خود را در عضلات صاف مانند وریدهای شکمی و سر نگاه می‌دارد تا دیگران را از نفرت و خود را از تنبیه بعد از تجربه خشم در امان بگذارد درعین حال که ممکن است ظاهراً نزدیکان این افراد از خشم آنها در امان‌اند ولی جابجایی خشم و اضطراب در عضلات صاف و نمود آنها در رفتارهایی که دربرگیرنده این احساسات سرکوب‌شده است خسارات زیادی به خودشان و اطرافیان می‌زند (کاتن^۱، سالیوان^۲ و واکر^۳، ۲۰۰۱)، این امر منجر می‌شود دائماً افراد در رنج بمانند و دیگران را در رنج خود شریک کنند. دلیل شکل‌گیری اضطراب این است که فرد از تجربه احساسات خود می‌ترسد زیرا یا آنها را مطابق با واقعیت می‌داند (اگر خشمگین شوم طرف مقابل را خواهم کشت) یا تجربه آنها به صورت واقعی یا مشاهده‌ای با محرک دردناکی مانند احساس گناه ساختگی والدین (دختر خوب از دست پدرش عصبانی نمیشه، اگر اینکارو کنی بابا دیگه دوست نداره، بین من واسه تو خودمو دارم جون می‌کنم و...) و یا با محرکی فیزیکی مانند تنبیه بدنی و تجاوز همراه شده است، نکته جالب توجه این است که محرک روانی مانند احساس گناه به مثابه تجاوز روانی والدین به کودک می‌ماند و آسیب بیشتری به روان کودک می‌زند (استریت^۴ و اریاز^۵، ۲۰۰۱). ناهشیار این کودکان از مواجه شدن با احساسات به دلیل تصور دردناک بودن آنها می‌هراسد (کلاین^۶ و استراچی^۷، ۱۹۹۷). کنترل احساسات با نحوه دیسپلین دهی کودک توسط والدین ایجاد می‌شود می‌شود و شکل‌گیری وجدان یا سوپر ایگو در روان‌کاوی و روان‌پوشی ناظر به همین جامعه پسند رفتار کردن، قانون‌پذیری و درونی کردن خواسته‌ها و انتظارات بیرونی خصوصاً والدین در درون خود است (دوکورث^۸ و سلیگمن^۹، ۲۰۰۵). شکل‌گیری وجدان یا فرامن در روند جامعه‌پذیری ما گریز ناپذیر است (مگر افراد ضداجتماعی با ضایعه مغزی). نتیجه عمل وجدان، کنترل روی رفتارها و احساسات است. عاقلانه رفتار کردن و کنترل خود نتیجه عمل

1. Katon

2. Sullivan

3. Walker

4. Street

5. Arias

6. Klein

7. Strachey

8. Duckworth

9. Seligman

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

وجدان است ولی جالب است بدانیم که جایگاه مکانیسم‌های دفاعی هم همان عقل است. تا زمانیکه فرد مکانیسم‌های دفاعی‌اش سالم عمل می‌کند ظرفیت تجربه احساسات و هیجان‌اتش محدود است و از روند خودآزایی یا دیگرآزایی اطلاع ندارد، نیازی به درمان پیدا نمی‌کند و خود را بیمار نمی‌داند. بنابراین بی‌فایده شدن یا شکست خوردن روند دفاع‌ها آغاز تمایل بیمار به درمان شدن است.

درمان: معجزه آگاهی آمیخته با تجربه

اهمیت تجربه احساسات واپس رانده‌شده توجه به رویکردهای مبتنی بر تجربه هیجان مانند روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت را دوچندان کرده است. تا زمانیکه معجزه آگاهی نقش ما (عاملیت و اختیار) در تداوم رنج‌هایمان روشن نساخته است، به تکرار تراژدی‌های دوران کودکی و سایر ارتباطات می‌پردازیم! این آگاهی تنها منحصر به کسب اطلاعات نیست بلکه آگاهی درگرو تجربه و شناخت و انسجام این دو باهم است که کلید رهایی از چرخه‌های تکرار شونده رنج است (دل‌اسلوا، ۱۹۹۶).

ناهییار هر آن چیزی است که ما نمی‌دانیم که می‌دانیم. یعنی به دلیل دردناک بودن از مواجهه با آن هراس داریم (فروید، ۱۹۲۲)، اگر روانکاوی آگاهی به ناهییار است پس سؤال اینجاست که ما به چه چیزی در جلسه درمان آگاه می‌شویم؟ بسیاری از افراد هستند که سال‌ها روانکاوی شده‌اند. آنها به چه چیزی هشیار شده‌اند؟ به ناهییار که از آن فراری بوده‌اند؟ صرف دانستن اینکه عقده ادیپ در آنها منجر به فوییا شده یا رقابت کردن با مادر منجر به دفاع فداکاری کافی است؟ صرف اینکه در کودکی مورد تجاوز روانی یا بدنی قرار گرفته‌اند کافی است؟ صرف مطالعه مقالات و کتب روان‌شناسی و تحصیل در این رشته کفایت می‌کند؟ درمان، تغییر و آگاهی چگونه اتفاق می‌افتد؟ بسیار دیده‌ایم و شنیده‌ایم و تجربه کرده‌ایم که آدم‌ها از علت و دلیل مشکلات خود آگاه‌اند ولی همچنان علائم جسمانی و روانی منفی در جان و نشان نمود دارد. مشکل کجاست؟
دوانلو با تمرکز روی علائم و نشانه‌های جسمانی بیمار نشان داد مشکل تنها در تجربه است. تجربه چیست؟

تجربه به معنای لمس احساسات و حس‌های بدنی است. سیستم تجربه‌ای بدن ما بسیار سریع و تیزتر از آن است که دفاع‌ها مانع آن شوند (قربانی، ۱۳۹۳)؛ در نتیجه بازنمایی از ناهییار

فرد در تجربه‌های بدنی دیده می‌شود. بنابراین امکان ندارد فردی بدون اینکه توانایی تجربه خشم و ابراز سالم آن، توانایی لمس اضطراب در بدن و ظرفیت بدنی مواجهه با احساس گناه را داشته باشد، درمان شود؛ حتی اگر تک تک خاطرات و آسیب‌هایش را بداند و علت همه مشکلات برای او واضح باشد. تا زمانی تجربه حاصل نشود فرد سناریوی آزار خود و دفاع‌ها را ادامه می‌دهد. تعقل با تأمل متفاوت است. تأمل پس از تجربه حاصل می‌شود و تعقل بدون تجربه. شما می‌توانید تا اعماق دریا را تعقل کنید ولی آیا مثل یک غواص می‌توانید در اعماق اقیانوس غوطه‌ور شوید و با الماسی گران‌بها به خشکی بازگردید؟! شما می‌توانید تا اعماق وجودتان را تعقل کنید ولی آیا می‌توانید هم‌اکنون، بدن‌تان، علائم احساسات و جدایی از افکار و سواسی را ببینید. تجربه در بدن هرکسی، یعنی کالبد وجودش نمایان می‌شود. ولی پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که ما آدم‌ها به اندازه‌ای از بدن خود فاصله گرفته‌ایم که دوره‌های کاهش استرس پیشرفته که امروزه رواج دارد تماماً با جلب تمرکز آدمی به بدن و حس‌های بدنی منجر به افزایش سلامت جسمی و روانی شده‌اند (گراسمن^۱، نیمان^۲، اشمیت^۳ و والاش^۴، ۲۰۰۴).

روان‌درمانی پویشی فشرده پیوند تجربه و تأمل است، نه تعقل صرف. در واقع درمانگر با خشتی کردن دفاع‌های بیمار و جلب توجه بیمار به بدنش، علائم احساسی را برای او نمایان می‌کند و این تأمل بعد از تجربه احساس است که منجر به تغییر و شفا می‌شود (جانسون^۵، تاون و عباس، ۲۰۱۴). تعقل همان عقلانی‌سازی^۶، دلیل‌تراشی^۷ و سواس فکری^۸ است که منجر به نشخوار و فرار از تجربه، نه "زندگی تجربه" می‌شود. حال این تجربه به چه صورت در روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت نمایان می‌شود؟ احساسات تجربه‌شده در اینجا و اکنون به همراه درمانگر، نوعی رویداد راه‌انداز و تحریک‌کننده است که به آزادسازی احساسات و خاطراتی از گذشته می‌انجامد و امکان تجربه و حل و فصل آنها را فراهم می‌کند.

1. Grossman

2. Niemann

3. Schmidt

4. Walach

5. Johansson

6. intellectualize

7. rationalize

8. obsession

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

این فرایند گاه به شدت بر انعطاف‌پذیری و جریان سیال ناهشیار بیمار می‌افزاید. گاه پس از تجربه احساسات دفن شده سیل تصاویر، خاطرات و رؤیایها بر بیمار هجوم می‌آوردند و از منشأ ماهیت تعارضات هسته‌ای آنها پرده برمی‌دارند. از این رو بعد از درمان، بیماران بایستی توانایی صمیمی شدن و تجربه احساسات را بدون واکنش مرضی آنها را داشته باشند. همچنین در این فرایند درمانی، خود تنبیهی به خود مراقبتی تغییر می‌یابد (عباس و بچارد^۱، ۲۰۰۷).

فردریکسون^۲ (۲۰۱۳) خلاصه روند درمان را این گونه شرح می‌دهد: درمانگر هر عبارت و حس‌های بدنی^۳ بیمار را ارزیابی می‌کند که آیا انعکاسی از احساس هستند، اضطراب یا دفاع؟ اگر بیمار در حال بیان احساس باشد به او گوش می‌کند و او را ترغیب می‌کند که احساسش را ابراز کند. اگر اضطراب بیمار بالا باشد، بلافاصله اضطراب او را تنظیم و برای مواجهه با احساساتش ترغیب می‌کند. اگر شما درمانگران قادر به شناسایی اضطراب بیمار در لحظه نباشید، نباید به سوی احساسات او حرکت کنید. اگر بیمار در حال به کارگیری دفاع است، او را یاری می‌کنید تا دفاعش را ببیند، آن را کنار بگذارد تا احساساتش را ببیند. ازین رو این درمان دربرگیرنده مداخلات فشرده و متعددی است که بسیار بیش از اشکال دیگر روان‌درمانی است؛ این مداخلات در راستای نزدیک کردن بیمار به هسته اصلی احساسات ناهشیارش عمل می‌کند، هدف درمانگر، احساسات بیمار می‌باشد و تجربه این احساسات نیازمند افزایش ظرفیت روانی و بدنی بیمار است. درک عمیق‌تر این روش درمانی، نیازمند شناسایی انواع دفاع، اضطراب و احساسات است.

احساسات

روش‌های تربیتی ما همواره عقلانی و منطقی بوده‌اند نه احساسی. انعکاس این نگاه عقلانی در جامعه نیز منجر به شکل‌گیری دید وسیله‌ای و بهره‌کشی از خود و اطرافیانمان می‌شود (دلاسلوا، ۱۹۹۶). احساسات بخشی از طبیعت انسانی ما هستند؛ صرف‌نظر از اینکه تا چه حد آنها را پس می‌زنیم، وجود دارند و ما را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ ولی به میزانی که سرکوب احساسات در ما بیشتر باشد مشکلات جسمانی و روانی بیشتر می‌شود. متخصصان برجسته علوم اعصاب معتقدند توانایی ما برای متوقف کردن احساسات، به اندازه توانایی مان در

¹. Bechard

². Frederickson

³. sensation

توقف عطسه است (داماسیو^۱ و دولان^۲، ۱۹۹۹). در ادامه با بررسی احساسات بنیادی، کارکرد و جنبه ناسالم و دفاعی آنها بررسی می‌شود.

عشق^۳:

مفهوم پردازی عشق در متون روانکاوی ابتدا با طرح لیبدو^۴ توسط فروید آغاز شد. فروید (۱۹۲۴) از مفهوم لیبدو برای آن دسته گرایش‌ها و تمایلات جنسی استفاده کرد که به شکلی خام و کودکانه از ابتدای تولد فعال‌اند و در بزرگسالی به تمایلات جنسی بزرگسال بدل می‌شوند. بالبی^۵ (۱۹۵۸) با مشاهدات بسیاری که از بررسی نوجوانان بزهکار و مراکز نگهداری کودک به عمل آورد به نتایجی در مورد رابطه کودک و مادر دست یافت و مفهوم دل بستگی^۶ یا چسبندگی را ارائه داد، نیاز نوزاد به عشق یا دل بستگی همانند نیاز آدمی به اکسیژن است و آنرا نیاز فطری آدمی می‌داند و برای آن علتی بیرونی قائل نیست. وجود آدمی به عشق نیازمند است و از همان کودکی به هسته احساسات یعنی عشق می‌چسبد. عشق درون‌مایه تمایلات و خواسته‌های آدمی است و به‌عنوان یک هیجان کارکرد نزدیکی و بقا برای آدمی دارد. عشق در کودکی به صورت مکش یا از آن خود کردن و به عبارتی دیگر خودشیفتگی^۷ کامل آغاز می‌شود. خودشیفتگی به عنوان یک خصیصه ناسالم شخصیتی نتیجه ارضای بیش از حد یا عدم ارضا نیاز به عشق در کودک است که باعث می‌شود همه چیز را از آن خود بداند و یا خود را در دیگران برای امتیازات اجتماعی غرق کند و تبعیت کورکورانه داشته باشد (کوهات^۸، ۲۰۱۳). بیماری بیست‌ساله که از دیگران توقع حمایت بی‌حد و اندازه را دارد و یا در روابطش به دنبال گیرندگی محض است، نمونه‌ای از بیماران با خصیصه شخصیت خودشیفته است.

خشم^۹:

1. Damasio
 2. Dolan
 3. Love
 4. libido
 5. Bowlby
 6. Attachment
 7. narcissism
 8. Kohut
 9. Anger

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

خشم نوعی انرژی است که از ناحیه شکم به سمت بالای شکم، شانه و در نهایت دست‌ها حرکت می‌کند. تجربه خشم به صورت احساس گلوله آتش و انرژی در بدن است. اگر فرد به آن تجربه هشیار شود علائم اضطراب مانند لرزش از بین می‌رود (دوانلو، ۲۰۰۱). در صورت بیداری خشم، بروز رفتارهایی با سطح انرژی بالاتر (بلندتر صحبت کردن، تحرک بیشتر) در آن غیرطبیعی نیست. کسی که عصبانی می‌شود باید صدایش را بالا ببرد، اما طبیعی نیست که مثلاً فحاشی یا زدو خورد کند، زیرا خشم علامت رابطه مندی "من" با دیگری است. خشم بیدار می‌شود تا کاری کنم که به دیگری بفهمانم چرا از او خشمگینم، تا او بفهمد کدام رفتارش را نمی‌پسندم و دوباره آن رفتار را تکرار نکند. چون من دوستش دارم و نمی‌خواهم ارتباطم با او از بین برود از دست او خشمگین می‌شوم (قربانی، ۱۳۹۳). اگر فرد از این انرژی برای فحاشی و زدو خورد استفاده کند، دیگری متوجه نمی‌شود چرا از او عصبانی است و بعد ارتباطی هیجانی که تجربه می‌کند، ناکام می‌ماند. در هنگام تجربه خشم ابروها پایین آمده و درهم کشیده می‌شوند، پلک‌ها منقبض می‌شوند و به نظر می‌رسد چشم‌ها به طرز جدی خیره شده‌اند. لب‌ها یا به شدت بر روی یکدیگر فشرده می‌شوند و یا به شکل مربعی از هم باز می‌شوند. اگر خشم تنها در دهان و با فشردن لب‌ها بر روی یکدیگر نشان داده شود می‌تواند نشان‌دهنده خشم خفیف، کنترل‌شده، تقلا و یا تمرکز باشد. دهان باز و مربع شکل نیز اگر باقی‌چهره خنثی باشد، مبهم خواهد بود. زیرا می‌تواند همراه با فریادی غیر خشمگینانه و یا در برخی اصوات خاص به هنگام صحبت رخ دهد. شدت ابراز خشم می‌تواند در میزان تنش پلک‌ها و یا بیرون زدگی چشم‌ها تجلی یابد و میان ابروها خطوط عمودی نمایان شود (اکمن^۱، ۲۰۰۳؛ به نقل از طاهباز، ۱۳۹۴).

در ادامه با طرح مفهوم گناه، انسجام احساس خشم و عشق باهم و کلید بیماری و درمان در روش پویشی فشرده کوتاه‌مدت را بررسی می‌کنیم. لازم به ذکر است دوانلو (۱۹۹۵) این احساس را سنگین‌ترین احساس بشری می‌داند.

گناه: دیالکتیک غیظ^۲ و عشق

همان‌طور که پیش‌تر مطرح شد نوزاد انسان به صورت فطری برنامه‌ریزی‌شده تا به همنوع خود (مادر یا مراقب جانشین او) بچسبد (بالی ۱۹۵۹). اگر رابطه مادر و فرزندی قطع

¹. Eckman

².Rage

بشود تجارب آسیب‌زایی که در فرایند ارضای نیاز به دل‌بستگی و پیوند ایجاد می‌شود، درد شدیدی در کودک ایجاد می‌کند به گونه‌ای که در اثر آن لایه‌ای از غیظ شدید واکنشی در فرد شکل می‌گیرد. این خشم واکنشی منجر به شکل‌گیری لایه‌ای وسیع از احساس گناه می‌گردد و روی آن را نیز لایه‌ای از اندوه و غم می‌پوشاند (قربانی، ۱۳۹۰). تصور نکنید کودک دوساله از بزرگ‌سال بیست و چندساله غیظ کمتری دارد برعکس، کودک غیظ بیشتری تجربه می‌کند و صرفاً به لحاظ فیزیکی قدرت ابراز آن را ندارد، و گرنه اگر می‌توانست دست به هر کاری می‌زد. خشونت و غیظ کودک می‌تواند بسیار بدوی و شدید باشد و احساس گناه نیز بدوی و ناپخته؛ احساس گناهی که بیشتر از ترس تغذیه می‌کند تا عشق و همدلی، چراکه عشق‌ورزی در او آن‌چنان رشد نکرده است (قربانی، ۱۳۹۳). کودک از کسانی غیظ بیشتری دارد که بیشترین نزدیکی را به آنها داشته‌اند. پس معمولاً والدین منبع تغذیه نیاز روانی کودک به عشق و هدف غیظ و خشونت او می‌شوند، تعارض بین غیظ و مهر منجر به پدیدایی احساس گناه می‌شود (دوانلو، ۱۹۹۵). به‌خصوص در بیماران مقاوم باشخصیت آسیب‌شناسی، دوانلو نتیجه می‌گیرد که این نیروی خودتنبیهی درون بیمار مسئول رفتارهای خودشکست‌دهی و خودتنبیهی می‌باشد. این بیماران به خاطر اضطراب و گناهی که به خاطر خشم درون خود نسبت به موضوع عشق بی‌توجه، سوءاستفاده‌گر و آسیب‌رسان خود، تجربه می‌کنند، به‌طور ناهشیار درحال تنبیه خود هستند. این چنین رفتار خودتنبیهی ناهشیار به خاطر درونی شدن تکانه‌های سادیستیک از موضوع عشق فرد محافظت می‌کند (مالان و دلاسلوا، ۲۰۰۷).

تجربه شرم^۱ معمولاً با گناه اشتباه گرفته می‌شود (تانگنی^۲ و دیرینگ^۳، ۲۰۰۳). شرم مستقیماً به ارزیابی منفی از کلیت خود مربوط است ولی احساس گناه متمرکز بر عمل است تا اینکه بر کلیت متمرکز شود، درواقع کسی که بعد از انجام دادن عمل اشتباه سعی بر جبران آن دارد در حال تجربه احساس گناه و کسی که بعد از انجام کاری اشتباه و یا انجام ندادن کار صحیح در حال پنهان کردن تمامیت خود است و مسئولیت اشتباه را نمی‌پذیرد در حال تجربه شرم است. شرم دربرگیرنده قضاوت کردن مبتنی بر عدم پذیرش و تأیید درونی دیگران است. یعنی شرم متمرکز بر دیگران است درحالی‌که سیستم ارزیابی درونی در احساس گناه با حفظ

^۱. Shame

^۲. Tangney

^۳. Dearing

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

حس درونی فرد از کلیت خود و دیگران است. ما وقتی تجربه شرم داریم جای پذیرش اشتباه خود، دیگران نوعی که به خودمان شبیه هستند را قضاوت و تخریب می‌کنیم. ولی در احساس گناه خود را به‌عنوان فردی مستقل از دیگران می‌پذیریم؛ بنابراین توانایی همدلی نمایانگر تفاوت گناه و شرم است، از این رو دوانلو شرم را نه به‌عنوان یک احساس، بلکه به‌عنوان دفاع شناسایی می‌کرد. دفاعی که موجب پنهان کردن مسائلی از بیماران در رابطه با درمانگر یا دیگران می‌شود (نبروسکی^۱ و تن هود لابیژ^۲، ۲۰۱۲).

جدول شماره ۱: احساسات و کارکرد سالم و ناسالم آنها

احساس	کارکرد	جنبه ناسالم	کارکرد جنبه ناسالم
عشق	نزدیکی و ارضا و کامیابی	خودشیفتگی	تمایل به مکش و خواستن بدون تناسب با واقعیت
خشم	اصلاح رابطه	غیظ	از بین بردن رابطه و رهایی
گناه	جبران، تبدیل نفرت به عشق	شرم	فرار و پنهان شدن، اضطراب، انتقاد از کلیت وجودی خود و دفاع روانی

¹.Neborsky

². ten Have-de Labije

روند درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت به‌طوری پیش می‌رود که فرد در ارتباط با درمانگر، احساسات دفن شده نسبت به پدر و مادرش بیدار و در مقابل این احساسات مقاومتش شکسته شود. هسته اصلی این احساسات عشق است ولی عشق در سایه تجربه احساس گناه یا درک و تجربه آسیب زدن به معشوق در جلسه درمانی ظاهر می‌شود. فرار از عشق با خودشیفتگی و عدم تجربه خشم با نفرت و فرار از گناه با شرم یا دفاع‌های روانی همراه است. گناه واسطه نفرت و عشق است و تا بیمار ظرفیت مواجهه با این احساس را نداشته باشد روند خودشیفتگی، غیظ و شرم ممکن است به حیات ادامه دهد. ولی اگر ظرفیت تجربه این احساس را پیدا کرد تجربه عشق و خشم را به‌عنوان دو هیجان بنیادی سازنده پیدا می‌کند و سلامت روان را کسب می‌کند. ولی معمولاً افراد دفاع‌های روانی را در مقابل تجارب احساسی به‌کار می‌گیرند و از احساسات اصیل فرار می‌کنند یا به احساسات دفاعی می‌چسبند. علت این امر این است که احساسات، اضطراب‌زا هستند. در ادامه مقاله با شرح و تحلیل اضطراب سعی بر روشن سازی این مبحث شده است.

اضطراب

اضطراب را می‌توان ترس از احساسات دانست، احساسات به خودی خود ترسناک نیستند ولی در فرآیند رشد فرد به‌طور غلط یاد می‌گیرد که احساسات ترسناک (گراچی^۱، تیونینگ^۲، فردریکسون و جاب^۳، ۲۰۱۵)، به‌عنوان مثال بیماری با سابقه طولانی سرکوب خشم، زمانی که به تجربه این احساس نزدیک می‌شود همان علائمی را نشان می‌دهد که بیمار مبتلا به فوبی در مواجهه با منبع اضطراب (فرضاً گربه) نشان می‌دهد؛ با این تفاوت که اینبار منبع ترس و اضطراب در درون بیمار است تا بیرون. احساسات ترسناکند. ساختار مغزی ما در کودکی احساس را برابر با عمل می‌داند. درواقع عصبانیت از مادر برابر با قتل مادر است و هر چقدر این احساسات در دوران زودتری از زندگی توسط قواعد سخت‌گیرانه والدین سرکوب شوند ترس ناشی از مواجهه شدن با آنها به دلیل مطابق با عمل شمردن و احساس گناه شدید همراه با آنها بیشتر است (کلاین، ۱۹۵۹). در روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت اضطراب مشخص‌کننده مقاومت انتقالی اولیه است بدین معنی که درمانگر با توجه به اضطراب، به

¹. Grecucci

². Theuninck

³. Job

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

ناهشیار بیمار نزدیک می‌شود و می‌تواند با آن ارتباط برقرار کند (بلولر^۱، ۱۹۹۶). به صورت نظری انجام این کار آسان است ولی در عمل این‌طور نیست. ازین رو ارزیابی اضطراب و مسیرهای آن در روند درمانی ضروری می‌نماید.

ارزیابی مسیرهای تخلیه اضطراب ناهشیار در بدن:

فردریکسون (۲۰۱۳) آگاهی و ارزیابی درمانگر از مسائل زیر را پس از انجام هر مداخله که باعث برانگیختن احساسات و اضطراب در قالب رابطه با بیمار می‌شود را ضروری می‌داند. ۱- مسیر تخلیه اضطراب ناهشیار کدام است؟ اگر عضلات مخطط^۲ است، احساسات را بکاوید و مکانیزم‌های دفاعی را نشانه روید. اگر عضلات صاف^۳ است یا اختلال در مسیر ادراکی - شناختی^۴ است، اضطراب را تنظیم کنید تا به عضلات مخطط برگردد و سپس احساسات را کاوش کنید.

۲- اضطراب چگونه و با چه سرعتی بالا می‌رود و پایین می‌آید؟ اگر اضطراب با سرعت پایینی بالا می‌رود وقتی در حین جلسه احساسات را کاوش می‌کنید، به سرعت کاهش می‌یابد. بیمار اضطرابش را به خوبی تنظیم می‌کند و شما با اطمینان می‌توانید احساسات را کاوش کنید. سرعت زیاد در بالا رفتن اضطراب و سرعت پایین در کاهش آن، نشانه تنظیم اضطراب ضعیف بیمار است. به عنوان مثال ممکن است در این مورد اضطراب را تنظیم کنید.

۳- آیا بیمار می‌تواند اضطراب خود را مشاهده و به آن توجه نماید؟ اگر چنین است احساساتی را کاوش نمایید که با اضطراب پوشش داده شده است. اگر نه به بیمار کمک کنید اضطراب خویش را مشاهده و آن را تنظیم نماید.

۴- آیا تنظیم اضطراب تأثیر مثبت دارد؟ اگر نه، دفاع‌هایی که جلوی تنظیم اضطراب را می‌گیرند روشن نمایید تا با کنار رفتن آنها بیمار بتواند اضطراب خود را مشاهده کند و بتواند آن را تنظیم نماید.

الگوهای اضطراب:

1 . Bleuler
2 . striated muscle
3 . Smooth muscle
4 . Cognitive perceptual disruption

سه الگوی علائم بدنی نشات گرفته از تخلیه اضطراب در سیستم عصبی خودمختار و سوماتیک بدین گونه است. فردریکسون (۲۰۱۳). تنش عضلات مخطط؛ تنش مزمن در ماهیچه لگنی منجر به درد قاندرگی، درد مقاربتی و بی‌نظمی در عادات ماهیانه شود. تنش ماهیچه همچنین می‌تواند منجر به ایجاد قلمبه شدن در گلو و اشکال در بلعیدن شود. فعالیت مفرط سیستم عصبی سمپاتیک؛ علائمی شامل نگهداری ادرار، بی‌بوست، خشکی چشم‌ها، حساسیت به نور در نتیجه انبساط مردمک‌ها، غش کردن، از دست دادن هشیاری، گیجی، و تپش قلب می‌تواند به خاطر ضربان قلب مفرط و نفس‌نفس زدن زیادی باشد. فعالیت مفرط سیستم عصبی پاراسمپاتیک؛ احساس ضعف موضعی در نتیجه فقدان تنش عضلات مخطط. بیمار ضعیف است و در پاهای خود حس بی‌قراری دارد و راه رفتن دشوار می‌شود. شنیدن زنگ در گوش، کوری، تاری دید، دید تونلی، از علائم آشوب ادراکی شناختی می‌باشند. غش کردن، از دست دادن هوشیاری، فقدان حافظه، بی‌حسی یا گیجی می‌تواند به دلیل افت فشارخون در مغز رخ دهد. بی‌حسی، حالت تهوع، باد کردن شکم یا گاز شکم می‌تواند از تخلیه اضطراب در قسمت معدی-روده ای ناشی شود. که تحمل غذا را دشوار می‌سازد ارتباط مستقیمی بین شدت درد، خشم، گناه سرکوب شده با الگوی اضطرابی و مقاومت بیمارانی که تحت روان‌درمانی قرار گرفتند، وجود دارد. فردی که گناه یا خشم زیادی سرکوب کرده است به احتمال زیادی رفتارهای خودتنبه‌ی دارد و این احساسات هم راه با اضطراب شدید، نیازمند دفاع‌های عمده برای اجتناب از تجربه آنها می‌باشد (عباس، تاون و دریزن، ۲۰۱۳).

جدول شماره ۲. اضطراب و مسیرهای تشخیصی، برگرفته از عباس (۲۰۰۵)

نوع اضطراب	مشاهدات در طول تمرکز هیجانی	شکایات بدنی
تنش عضلات مخطط	پیشروی از گره کردن یا مالیدن دست‌ها، تنش بازو	درد عضلانی، گرفتگی عضلات، کمردرد، درد سینه، کوتاهی نفس، درد معده، خستگی
تنش عضلات صاف	نبود تنش‌های وابسته به عضلات مخطط، در عوض فعالیت عضلات صاف مانند گرفتگی و	سندروم روده تحریک پذیر، درد شدید شکم، حالت تهوع، گرفتگی مثانه، تنگی نفس، گرفتگی شریان‌های قلب، تنش شدید و افزایش

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

فشار خون، میگرن	انقباض شکم و درد یا سوزش معده	
تاری دید، کوری، آشفته‌گی ذهن، از دست دادن حافظه، سرگیجه، غش کردن، تشنج کاذب	نبود تنش‌های وابسته به عضلات صاف؛ در عوض مسیر تفکر بیمار مختل می‌شود. گیج و آشفته می‌شود	آشفته‌گی شناختی ادراکی
افتادن، فلج، سستی و ضعف، لالی	نبود تنش‌های وابسته به عضلات صاف، در عوض بیمار در یک یا چند عضله احساس ضعف می‌کند.	تبدیلی

دفاع

دفاع مفهومی اساسی در روانکاوی به‌ویژه روان‌درمانگری پویشی است؛ وظیفه تمامی درمانگران کمک به افراد بر غلبه بر ترس‌ها، افزایش آزادی و بلوغ بیشتر است، اغلب گمان می‌شود مفهوم دفاع مختص نظرگاه پویشی است اما عملکرد دفاع در واقع نمونه‌ای است از گرایش کلی‌تر برای گریز از اضطراب. تقریباً تمامی رویکردهای درمانی قبول دارند گرایش به پرهیز از مسائل اضطراب‌زا، موجب اثر نامحسوس، تیز و ریز اضطراب در زندگی فرد می‌شود (واکتل^۱، ۱۹۹۳؛ به نقل از قربانی، ۱۳۸۹). دفاع‌ها موجب می‌شوند اضطراب اثر نا مطلوب خود را در زندگی فرد بگذارد بدون اینکه از آن آگاهی پیدا کند؛ دفاع‌ها موجب آسیب زدن به فرد می‌شوند بدون اینکه از این آسیب آگاه باشد، ازین رو در روند درمانی معمولاً بعد از اینکه بیمار به دفاع آگاهی پیدا کرد به دلیل فرصت زندگی سالم که به سبب دفاع از او گرفته شده است و عمری که به خود آسیب زده است، عزاداری می‌کند (دوانلو، ۱۹۹۵). واضح است که هرچقدر این آسیب و یا عمر تلف شده بابت دفاع بیشتر باشد، بیمار دشواری بیشتری در کنار گذاشتن آن دارد زیرا درد بیشتری خواهد کشید. می‌توان گفت دفاع‌ها راهکارهایی هستند که آدمی از ابتدای زندگی با به‌کارگیری آنها از درد تجربه احساسات اضطراب‌زا گریخته است. دفاع‌ها به هنگام فرآیند جامعه‌پذیری کودک یا شکل‌گیری وجدان ظاهر می‌شوند به‌طوری‌که

¹. Wachtel

کلاین (۱۹۵۲) دفاع‌هایی مانند دوباره سازی^۱، فرافکنی^۲، همانند سازی فرافکن^۳ و ایده آل سازی^۴ را جزء جدایی ناپذیر ساختار روانی کودک شش ماهه می‌داند. این دفاع‌ها در واقع جزء جدایی ناپذیر تمام اختلالات شخصیت نیز هستند (کرنبرگ^۵، ۱۹۹۸). مسیر آگاهی کسی که اختلال شخصیت دارد به واسطه این دفاع‌ها مسدود شده است، ازین رو بیشتر دردیابی خیالی و نه واقعی زندگی می‌کنند (فوناگی^۶ و همکاران، ۲۰۰۳). اختلالات شخصیتی به معنای خشکی و جمود در روابط و مهار شدید احساسات به‌وسیله دفاع‌ها است که به‌صورت خود همخوان وجود دارد. آدم‌ها هنگام خشکی و جمود، به‌صورت انعطاف‌ناپذیر در روابط عمل می‌کنند و به سختی قادر به سازگاری با محیط و دیگران می‌شوند، برای مثال روانشناسی که رگه‌های اختلال شخصیت خودشیفته دارد بدون احساس گناهی (مهار احساس گناه) جای همدلی با بیمار، سال‌ها جای پدر و مادر وی را می‌گیرد و از بیمار سوءاستفاده می‌کند و یا کسی که رگه‌های بیشتری از خودشیفتگی دارد زمانی که عزیزی را از دست می‌دهد هیچ احساسی از خود نشان نمی‌دهد. فردی با اختلال شخصیت نمایشی، برای جلب‌توجه حاضر است حق بسیاری از آدم‌ها را پایمال کند و کسی که اختلال شخصیت مرزی^۷ دارد در فاز عشق، خشم و در فاز خشم، عشق را شدیداً مهار می‌کند. در کل افراد دچار اختلال شخصیتی توانایی بالایی در مهار احساسات منفی خود دارند آنها به‌واقع در فرم‌های خود گزارش دهی نیز اضطراب کم و آگاهی بالایی گزارش می‌کنند درحالی‌که علائم فیزیولوژیک برعکس آن را نشان می‌دهد (برادی^۸ و همکاران، ۲۰۰۰). دفاع‌های شدیداً خود همخوان زیر بنای اختلالات شخصیتی و روان پریشی و دفاع‌های خود ناهمخوان معمولاً زیر بنای اختلالات نوروتیک هستند (اسچامبل^۹، ۱۹۹۵). به همین دلیل است که کلاین (۱۹۳۵) موضع افسردگی را نتیجه انسجام نسبی شخصیت می‌داند چرا که کوری روانی از بین رفته است و چشم آدمی به واقعیت دردناک زندگی باز و وارد موضع پخته ای شده است. علائم نوروتیک نتیجه آگاهی

1. Splitting

2. projection

3. Projective identification

4. Idealization

5. Kernberg

6. Fonagy

7. Borderline Personality

8. Brody

9. Schumbel

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

نسبی به اختلالات شخصیتی و ورود به موضع منسجم تری از زندگی است. با کنار گذاشتن دفاع تغییرات شخصیتی فرد آغاز می‌شود، تغییرات شخصیتی به معنی کاهش یا از بین بردن مقاومت بر علیه تجربه احساسی و نزدیکی هیجانی می‌باشد (عباس و همکاران، ۲۰۱۴). در روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت فرآیند توالی احساس، اضطراب و دفاع و پدیدایی آنها در جلسه درمان هنگام رابطه با بیمار، در قالب مثلث شخص^۱ و تعارض^۲ یکپارچه می‌شود.

مثلث تعارض و شخص

هر احساس، تکانه یا عملی که در نتیجه جدایی از موضوع عشق یا فقدان آن باشد با تهدید تجربه می‌شود و باعث برانگیخته شدن اضطراب و در نتیجه منجر به اجتناب و بالا رفتن تعارض درونی بین نیروهای بیانگر^۳ و سرکوبگر^۴ درون روان می‌گردد. این مفهوم سازی سازی پویایی از تعارض در مثلث تعارض نمایش داده می‌شود. اگر بیان و ابراز این احساسات پیامدهای بین شخصی منفی و نامطلوب داشته باشد، با احساسات آزارنده اضطراب، گناه و شرم تداعی و همخوان می‌شود و با توسل به دفاع‌ها از آنها اجتناب می‌شود (دلاسلوا، ۱۹۹۶). مثلث شخص، که توسط مالان (۱۹۷۹) به منظور نمایش بیان احساسات تجارت طبیعی بین فردی انسانها به مثلث تعارض اضافه شده است. مثلث تعارض راهی را نشان می‌دهد که تعارض با محتوی احساسات هسته ای با تأثیر گذاشتن بر تعامل فرد با دیگران در زندگی کنونی مانند ارتباط با درمانگر، تعمیم پذیر می‌شود.

درمانگر با به کارگیری این دو مثلث خواهد توانست اطلاعات مربوط به بیمار را سامان دهد و از آن به منزله راهنمایی برای مداخلات بالینی بهره‌مند شود. به‌عنوان مثال آنچه به‌عنوان تعارض بین فردی شروع می‌شود برای همیشه درونی می‌شود. به‌عبارت‌دیگر، اگر کودک به‌طور مداوم به خاطر بیان خشم اش تنبیه شود، بعدها هنگام عصبانیت مضطرب خواهد شد و یاد می‌گیرد به طرق مختلف از بیان و ابراز آن اجتناب کند. به یک معنا کودک منفعل و اجتنابی [۱] می‌شود و استراتژی وی اجتناب کردن و منفعل شدن در برابر بیان احساس خویش، خواهد بود. درنهایت، او ممکن است این حالت را به‌طور اتوماتیک درجای دیگر تکرار

1. Person.

2. Conflict

3 Expressive

4. Repressive

نماید. دفاع‌ها باعث سرکوب احساس وی و در نتیجه می‌تواند منجر به کاراکتر پاتولوژی یا آسیب‌شناسی شخصیت (یعنی اختلال شخصیت منفعل-پرخاشگر یا اختلال شخصیت اجتنابی^۱) در تمام روابط آتی باشد (مالان و دلاسلوا، ۲۰۰۷). به عبارتی دیگر احساس، اضطراب و دفاع برای پدیدایی نیاز به فضا دارند. اگر شخصیت پویشی آدمی را احساس، اضطراب و دفاع تشکیل دهد، هر سه آنها در بافت روابط مشخص می‌شوند. در جلسه درمان رابطه بیمار و درمانگر است که منجر به برانگیختگی احساس، اضطراب و دفاع می‌شود.

اصولا روابط آدمی خصوصا اگر فرد با تعارضات و مشکلاتی همراه باشد، زمانی مناسب و بستری ایده آل برای بیدار شدن اضطراب، احساس و دفاع هستند (اوسیمو^۲، ۲۰۱۲). روابط حال به معنای بازسازی دائمی رابطه فرد با پدر و مادرش در قالب رابطه با دوست، فامیل، همسر و با حتی کوتاه‌ترین روابطی است که نیاز مند سرمایه‌گذاری احساسی است. برای مثال کسی که در رابطه با پدر و مادرش توسط آنها کنترل نسبی شده است در هنگام مواجهه با دوستانش نقش کنترل‌کننده را دارد و حق انتخاب را از آنها می‌گیرد، حال دوستان او معمولاً کسانی هستند که در رابطه با پدر و مادر خویش دائما احساساتشان خفه شده است و قربانی تصمیم‌های آنها شده‌اند ازین رو کسی را برای دوست انتخاب می‌کنند که نقش پدر و مادر را برای آنها بازی کند، برخورد مثلث‌ها به طرز جالبی زندان روابط دوستان، خانواده و فامیل را می‌سازد، زن‌ها معمولاً با فردی شبیه پدر خویش ازدواج کرده‌اند، و مردها زنی همانند مادر خود انتخاب می‌کنند، پس با توجه به مثلث روابط نمود گذشته در ضلع حال برای این افراد ازدواج مادر شوهر (مرد) با پدرزن (زن) است. چرخه‌های شیطانی در دوستی‌ها و تعاملات ناظر به همین شرایط است (واکتل، ۲۰۰۱)؛ زیرا سبب می‌شود فرد دائما در کوری با دفاع خود زندگی کند و توانایی نزدیک شدن به هسته احساسات و خود واقعی را از دست بدهد؛ در جلسه درمان امید است که انتقال یا رابطه بیمار و درمانگر خود سبب بیدار شدن تعارضات شود؛ و معنا دهی به این تعارضات، تحلیل و تجربه احساسات و ارتباط این احساسات و دفاع‌ها به حال و گذشته بیمار، منجر به شفا شود. بیماری که هنگام عصبانی شدن از درمانگر خود به دلیل واری احساساتش می‌خندد، در همان هفته زمانی که از شوهر خود عصبانی شده است با خنده‌های دفاعی این خشم را پوشانده و در گذشته دور زمانی که از والدین عصبانی

¹. Avoidant personality

². Osimo

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

شده است، والدین با خندانند او و یا مسخره کردن احساس خشمش، به خشم او بی‌توجهی کرده‌اند. پس در واقع خندیدن بیمار به درمانگر، خندیدن بیمار به احساس خشم و تحقیر و تمسخر این احساس در خود است. به طور خلاصه ارتباطات مهم به سه حوزه تقسیم می‌شوند که هرکدام یکی از اضلاع مثلث شخص را تشکیل می‌دهند؛ ضلع اول، گذشته یا روابط مهم فرد با اعضای خانواده خود. ضلع دیگر، زندگی جاری با گذشته نزدیک فرد (تعامل‌های جاری فرد با همسر، فرزند، همکار، دوست و غیره) و ضلع آخر ارتباط درمانی با درمانگر در قالب انتقال می‌باشد. مقاومت انتقالی ناظر به بیدار شدن دفاع‌ها و اضطراب است. مقاومتی که در ستیز با پیمان درمانی قرار می‌گیرد.

مقاومت و پیمان درمانی

هدف از روانکاوی آشکار کردن خاطرات سرکوب‌شده نیست، بلکه هدف آن کمک به فرد برای هرچه بیشتر هوشیار شدن نسبت به تجاربتش در اینجا و اکنون است. نوز به معنای ندانستن نیست، بلکه به معنای این است که نمی‌خواهم بدانم، "نمی‌خواهم بدانم" که از مقاومت‌های بیمار نشأت می‌گیرد. مواردی که دوست نداریم با آنها مواجه شویم، عواملی که باعث ترس یا احساس آسیب‌پذیری است، بنابراین از توجه به آنها از طریق مقاومت خودداری می‌کنیم (شدلر، ۲۰۰۶)، در زیر مقاومت‌های بیمار، "پیمان درمانی" وجود دارد که در آرزوی سلامتی و آزاد شدن از دفاع‌ها است. وقتی که درمانگر حقیقت زندگی بیمار و چگونگی رنج کشیدن از دفاع‌ها را تبیین می‌کند، در واقع با این بخش شخصیت بیمار در ارتباط است (دوانلو، ۱۹۹۹). دیدگاه دوانلو از این نظر به بیون^۱ نزدیک است، بیون (۱۹۸۱) می‌گوید هر یک از ما گزینه معرفت دوستی داریم، اشتیاقی برای یکی شدن با حقیقت. روانکاوی تمرین ایمان است، ایمان به این که بیمار با یکی شدن با حقیقت احساسی این لحظه، دگرذیسی می‌یابد، پس می‌توان گفت روان‌درمانی پویایی فشرده با این مفروضه عمل می‌کند: بیمار اشتیاقی دارد برای یکی شدن با حقیقت هیجانی این لحظه، حقیقتی که دفاع‌ها جلوی آن دیوار کشیده‌اند و این تماس بلا واسطه با خود از طریق تجربه درونی احساسات و دست‌یابی به توانایی لمس لحظه‌لحظه احساسات، امکان‌پذیر است. پیمان درمانی به هم آفرینی بین بیمار و درمانگر اشاره دارد، نیروی ناهشیار بیمار است که باعث تسهیل فرایند درمانی می‌شود، برای

^۱.Bion

رسیدن به تعارضات ناهشیار، برقراری ارتباط با این بخش سالم و غیر روان‌رنجور بیمار از اهمیت بسزایی برخوردار است (پاتزمن^۱ و دلاسلوا، ۲۰۱۳). قفل‌گشایی ناهشیار، پیامد فزونی نیروی پیمان‌درمانی بر نیروهای مقاومت در اثر تعامل درمانگر و بیمار است. دوانلو (۱۹۸۷) برای پیمان‌درمانی، دو بخش را توضیح می‌دهد، یکی عنصر هشیار بیمار که دوست دارد شفا یابد، و با درمانگر همکاری می‌کند، واقعیت را می‌گوید حتی اگر دردناک باشد و فعالانه برای رهایی از دفاع‌ها تلاش می‌کند. بخش دیگر، پیمان‌درمانی ناهشیار است که شامل تمایل ایجاد ارتباط است و به درمانگر و بیمار امکان می‌دهد تا آنچه در لایه زیرین شخصیت است پی ببرند و با آشکار شدن آن، بیمار بتواند احساسات را تجربه نماید. این بخش پیمان‌درمانی به‌طور اساسی با احساسات و تکانه‌های سرکوب‌شده در ارتباط است. مهم‌ترین نیروی قطعی در فرایند قفل‌گشایی، پیمان‌درمانی ناهشیار است و وقتی متجلی می‌شود که احساسات انتقالی برانگیخته‌شده باشند. این احساسات در فرایند چالش با مقاومت کاراکتر بیمار متجلی و باعث برانگیخته شدن احساسات انتقالی می‌شوند. همزمان پیمان‌درمانی ناهشیار بیمار نیز به چالش طلبیده می‌شود در نتیجه این فرایند منجر به قفل‌گشایی ناهشیار می‌شود (کریستف^۲ و کونالی^۳، ۱۹۹۹).

شکسته شدن مقاومت بیماران در گرو فشار و چالش با دفاع‌ها صورت می‌گیرد. احساسات پیچیده انتقالی از طرفی در بیمار احساس رنجش و از طرفی احساس قدردانی را برانگیخته می‌کند چرا که درمانگر هم می‌خواهد مشکلات هیجانی درونی بیمار را آشکار نماید و هم برای آزادی وی از این مشکلات تلاش می‌کند (عباس و بچارد، ۲۰۰۷). به این خاطر، فرآیندی مدون برای فشار آوردن به احساسات و نمایان کردن دفاع‌ها سپس بررسی میزان و نوع اضطراب و دفاع‌های ناهشیار بیمار، ضروری است. مشخص کردن طیف بیماران سعی بر حل این مسئله دارد.

طیف بیماران

دوانلو (۲۰۰۱) بر اساس مسیرهای تخلیه اضطراب ناهشیار و تظاهرات خاص دفاع‌ها، ابزار بررسی ساختار شخصیتی را کشف و عملیاتی نمود. این فرایند تشخیصی نقشه راهی را

^۱. Katzman

^۲. Christoph

^۳. Connolly

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

در اختیار درمانگر قرار می‌دهد تا به احساسات ناهشیاری که منجر به اضطراب و دفاع‌ها می‌شود، دست یابد. دوانلو دو طیف از بیماران مناسب برای روان‌درمانی پویایی فشرده مشخص کرده است: ۱- طیف اختلالات نوروتیکی و ۲- طیف بیماران با ساختار شخصیت شکننده.

بر روی طیف بیماران اختلالات نوروتیکی، در سمت چپ بیمارانی قرار دارند که فقط یک غم حل‌نشده بدون شخصیت مرزی دارند. آنها دفاع عمده یا سوپر ایگوی تنبیه گر و همچنین خشم یا گناه سرکوب‌شده ندارند. آنها از دفاع‌های تاکتی‌کال، مانند مبهم‌گویی استفاده می‌کنند. وقتی بر روی این طیف پیشروی کنیم، میزان آسیب روانی تجربه‌شده و متعاقب آن خشم و گناه افزایش می‌یابد. در میانه این طیف بیمارانی قرار دارند که تجربه دلبستگی را در زندگی خود داشته‌اند ولی این دلبستگی توسط یک یا چند اتفاق آسیب‌زا، صدمه‌دیده است. بروز احساسات درباره این گسستگی عاطفی، باعث ایجاد مشکلات این بیماران می‌شود. آنها فرمان^۱ تنبیه گر و شخصیت مرضی قابل توجهی دارند. این گروه به سختی برانگیخته می‌شوند، بینش ضعیف و همچنین مقاومت بالایی دارند. این بیماران دفاع‌های محکمی ندارند و کمتر از دفاع‌های تاکتی‌کال استفاده می‌کنند، آنها در فاز فشار، حالت لختی^۲ به خود می‌گیرند. دوانلو برای درمان این گروه روش اصلاح شده ای را ایجاد کرده است (عباس و بیچارد، ۲۰۰۷).

در طیف مربوط به ساختار شخصیتی شکننده، بیماران شخصیت مرضی عمده با سابقه ضربه روانی شدید در غیاب دلبستگی سالم، حضور دارند. از ویژگی‌های آنها دوره طولانی درمان پزشکی، ناتوانی‌های طولانی مدت، و درمان‌پذیری سخت، و نیاز زیاد برای جلسات درمانی است. دفاع عمده این بیماران، فرافکنی و سرکوبی می‌باشد. این بیماران درجات گوناگون تخلیه اضطراب ناهشیار را در مسیر آشوب ادراکی شناختی، تجربه می‌کنند، این بیماران ظرفیت تنظیم اضطراب و قدرت تحمل هیجانات بسیار پایینی دارند. مداخلات درمانی در این افراد با دیگر بیماران متفاوت است. ازین رو درمانگران لازم است در جلسه ابتدایی این خصیصه را تشخیص داده و مداخلات متناسب با این بیماران را داشته باشند. مداخلاتی که در ابتدا بر بالا بردن ظرفیت در این بیماران متمرکز است. برخلاف مسیری که در درمان بیماران با

¹. Super ego

². Flat

مقاومت کم، متوسط و شدید طی می شود، لازم است تجهیز کردن ظرفیت روانی این بیماران به طور ملایم و قدم به قدم طی شود. ازین رو مداخلات درمانی بیشتر بر حالت حمایتی متمرکز می شود تا اینکه بر کاوش دائم دفاعها متمرکز باشد (فردریسکون، ۲۰۱۳).

اثر بخشی

عباس (۲۰۰۳) دریک مقاله مروری به بررسی مقرون به صرفه بودن روان درمانی پویشی کوتاه مدت پرداخت. نتیجه پژوهش نشان داد که هزینه اختلالات مبتنی بر هیجان برای سیستم های بهداشتی و اجتماعی بسیار زیاد است. عمده برآوردها نشان می دهد که رواندرمانی پویشی کوتاه مدت با صرفه جویی مالی قابل ملاحظه ای همراه است و هیچ داده ای مبنی بر افزایش هزینه های بهداشتی-درمانی در این گروه درمانی مشاهده نشد. به عبارتی فواید مالی طولانی مدت درمانی در مقایسه با هزینه های روان درمانی، به طور قابل ملاحظه ای بیشتر است. عباس، هنکاک، هندرسون و کیسلی (۲۰۰۶) با متا آنالیز ۲۳ کارآزمایی تصادفی شاهددار (شامل ۱۴۳۲ بیمار) نشان دادند که اندازه اثر کلی روان درمانی پویشی کوتاه مدت (کمتر از چهل جلسه) در مقایسه با فهرست انتظار، درمان کمینه یا "درمان معمول" در زمینه بهبود کلی نشانه ها، ۰/۹۷ بود. این میزان پس از گذشت حداقل ۹ ماه پس از پایان درمان، به ۱/۵۱ ارتقا یافت. اندازه اثر تغییر در نشانه های جسمانی، ۰/۸۱ بود که در پیگیری طولانی مدت به ۲/۲۱ افزایش یافت. اندازه اثر برای اضطراب، ۰/۱۸ بود که در پیگیری به ۳۵/۱ رسید. این میزان برای نشانه های افسردگی ۰/۵۹ بود که در پیگیری به ۰/۹۸ رسید. این پژوهش ویژگی منحصر به فردی از این درمان را نشان می دهد و آن سیر رو به بهبودی بیماری روانی پس از اتمام مداخلات است.

در دیگر روش های درمانی معمولاً دوره های بازگشت بیماری وجود دارد و فرد پس از اتمام جلسات درمانی با گذشت ماهها دوباره نیاز به درمان پیدا می کند. همچنین یک متا آنالیز با هدف بررسی اثر بخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت در اختلالات جسمانی، انجام شد. این پژوهش، ۲۳ مطالعه، شامل ۱۸۷۰ بیمار مبتلا به طیف وسیعی از بیماری های جسمی (پوستی، عصب شناختی، قلبی-عروقی، تنفسی، معدی-روده ای، عضلانی-اسکلتی، ادراری-تناسلی، ایمنی شناختی) را به کار گرفت. اندازه اثر برای بهبود نشانه های کلی روانپزشکی ۶۹/، و برای بهبود نشانه های جسمی ۵۹/، بود (عباس، کیس لی کروکی، ۲۰۰۹). در آخرین

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

مطالعات اثر بخشی عباس و همکاران (۲۰۱۴) نتایج اصلی شامل ۳۳ پژوهش روانپوشی کوتاه مدت با ۲۱۷۳ آزمودنی، با اختلالات شایع روانی را مورد تحلیل قرار دادند. این پژوهشها، تاثیر روانپوشی کوتاه مدت را در نتایج اولیه مطالعات مروری (شامل اختلالات عمومی، اضطرابی، و کاهش علام افسردگی) و همچنین مشکلات بین فردی و سازگاری اجتماعی ارزیابی کردند. به جز ارزیابی های بدنی سازی در کوتاه مدت، همه طبقه بندی ها، نتایج پیشرفت معنی دار و بزرگی در درمان را در مقایسه با گروه کنترل کوتاه مدت و میان مدت نشان دادند.

ثمره درمان

ثمره این روش درمانی برای بیماران را می توان در مفاهیم زیر خلاصه کرد:

اصالت احساسی؛ کودکان در ابراز احساسات اصیل اند، زمانیکه خشمگین هستند پرخاش می کنند، زمانیکه دوست دارند در آغوش می گیرند و زمانیکه اشتباهی می کنند خود را پنهان می کنند! در کودکان تجربه احساس، برابر با عمل است ولی سبک جامعه و تربیتی با عملی شدن احساسات کودکان همساز نیست: دختر خوب عصبانی نمیشه، پسر بدی هستی اگر بابابزرگو بغل نکنی و ... به مرور عمل از احساس فاصله می گیرد. ولی این فاصله گیری با سرکوب احساس و جایگزینی مکانیزمی در راستای احساس سرکوب شده است (لایکین^۱ و همکاران، ۱۹۹۱). کودکی که هنگام گند زدن در گوشه ای پنهان می شد، در بزرگسالی با مقصر جلوه دادن عالم و آدم خود را بی گناه نشان می دهد. این اصالت احساسی در کودکان هنگام تشخیص احساسات اصیل از غیر اصیل دیگران نیز صادق است (هریس^۲، دونلی^۳، گز^۴ و واتسون^۵، ۱۹۸۶). بنابراین ابراز احساسات با اینکه در کودکان برابر با عمل است، ولی با صداقت و اصالت همراه است. بیمار بزرگسال پر از دفاع های زیبا و جامعه پسند، هنگام قفل گشایی ناهشیار و تجربه احساسات در جلسه روان درمانی پویشی اصالت و صداقت احساسی کودکی خود را زنده می کند. اما این بار احساساتش در حین تجربه و شناخت، تبدیل به عمل نمی شوند و این فرآیند است که منجر به شفا می شود. این فرآیند با تجربه گناه (یا درک خشم در حین عشق از والدین) همسو است. با تجربه گناه می توانیم همزمان احساسات

^۱. Laikin

^۲. Harris

^۳. Donnelly

^۴. Guz

^۵. watson

عشق و نفرت را نسبت به یک فرد داشته باشیم. همچنین می‌توانیم از یک چیز بترسیم یا آن را دوست داشته باشیم یا چیزهایی را دوست داشته باشیم که همزمان متناقض هستند.

آگاهی به تعارضات؛ شدلر (۲۰۰۶) به نقل از جورج برنارد شاو^۱ می‌نویسد: "آگاهی و خرد یعنی توانایی نگهداری دو ایده متناقض در در یک زمان در ذهن درحالی‌که کارکرد ادامه می‌یابد". و درمان روانکاو بدنبال این خرد است.

اصطلاح تعارض^۲ یا دوسوگرایی^۳ به تناقض درونی^۴ اشاره دارد، این تناقض، نه در ارتباط با فردی دیگر بلکه درون ذهن خود فرد است. برای حل تعارض فرد ممکن است بخش یا کلی از آن احساسات را انکار کند. بیشتر مردم در برابر صمیمیت احساسات متعارضی تجربه می‌کنند فردی که دوست دارد روابط صمیمی برقرار کند ولی مکرراً روابط عاشقانه‌ای را با فردی شروع می‌کند که در دسترس نیست. این موضوع می‌تواند بازنمایی کننده ترس از وابستگی و نیاز به صمیمیت ناهشیار باشد. به‌عنوان مثال، فردی همزمان عاشق بیش از یک نفر می‌شود و نمی‌تواند رابطه عمیقی برقرار کند یا مردی که از نیاز به مراقبت خود، آگاه نیست و با زنانی رابطه برقرار می‌کند که سرد و حتی متخاصم‌اند. تعجب‌آور نیست که این فرد از روابط صمیمی لذت نمی‌برد. وقتی نیاز خود به رابطه صمیمی را شناخت، می‌تواند شریکی دوست‌داشتنی و مراقبت‌کننده انتخاب نماید. وقتی هر دو زوج در برابر صمیمیت تعارض دارند، ما شاهد رقصی بی‌پایان از نزدیکی و اجتناب هستیم. به‌طوری‌که یکی نزدیک می‌شود و دیگری دور، و بالعکس (شدلر، ۲۰۰۶). این مثال شدلر بازگوکننده تکرار روابط و بازسازی تعارضات زندگی است. این تعارضات طبیعتاً در جلسه درمانی صحیح نیز در قالب رابطه بیمار با درمانگر پدید می‌آیند و این توانایی خود درمانگر است که قابلیت صمیمیت هیجانی با بیمار را داشته باشد و او را همان‌طور که هست بپذیرد و شجاعت همدلی با احساسات بیمار را داشته باشد. این نکته که افراد سالم درد بیشتری به دلیل آگاهی می‌کشند صحیح است ولی واضح است که این افراد درد خودساخته کمتری نیز دارند و زندگی را تجربه می‌کنند، ازین رو واجد تنها صفت ثابت هستی یعنی تغییر پذیری هستند. روان‌درمانگری پوششی فشرده

¹ George Bernard Shaw

² Conflict

³ Ambivalence

⁴ Aontradiction

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

کوتاه مدت تعامل بیمار و درمانگر در قالب رابطه پویایی است که لحظه لحظه خود درمانگر نیز در آن تجربه بهبودی و درد را خواهد داشت. بیماران معمولاً هنگام به کارگیری دفاع‌ها به دلیل خاصیت خودفریبی یا دیگر فریبی که دارند علائم بدنی مانند حبس نفس دارند، تیزی در درمانگر در دیدن دفاع‌ها و اضطراب و علائم احساسی کمک شایانی به پیشبرد روند درمانی بیمار خواهد کرد و شفا را سریع تر حاصل می‌کند. پذیرش بی‌چون و چرای بیمار توسط درمانگر و تلاش برای نزدیکی اصیل احساسی با بیمار منجر می‌شود، بیمار خود را به‌عنوان فردی اصیل، آزاد و واجد تمامی دفاع‌ها ببیند و به هسته اصلی احساسات یعنی عشق و شفقت نزدیک شود.

افزایش شفقت^۱؛ شفقت شامل در تماس بودن با رنج خود و دیگران، آگاهی از درد و اجتناب نکردن از آن، احساس مهربانی و تمایل برای کاهش رنج است. شفقت خود^۲ نیازمند فهم بدون قضاوت سرسخت از درد خود، نواقص، اشتباهات و شکست های خود است (فالكونر^۳، کینگ^۴ و بروین^۵، ۲۰۱۵). شفقت خود منجر به بخشیدن شکست‌ها می‌شود زیرا احترام به خود به‌عنوان انسانی جایز الخطا، ناکامل و محدود را افزایش می‌دهد و باعث می‌شود ظرفیت فرد برای جبران اشتباهاتش بالا رود چرا که گناه و اشتباه را به‌عنوان جز لاینفک آدمی به رسمیت می‌شناسد و خود تنبیهی ناشی از وجدان سخت‌گیر متوقف می‌شود. ازین رو است که این درمان فرد را به منبعی اصیل از محبت به خود می‌رساند و به‌مثابه واکسنی در برابر تمامی ناکامی‌ها و حوادث زندگی عمل می‌کند.

منابع

- اکمن، پل. (۱۳۹۳). نقاب زدایی. (ترجمه سحر طاهباز). تهران: بیش نو. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳).
 دونلو، حبیب. (۱۳۸۹). قفل‌گشایی ناخودآگاه. (ترجمه عنایت خلیقی سیگارودی). تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۵).
 قربانی، نیما. (۱۳۹۰). روان‌درمانگری پوشی فشرده و کوتاه‌مدت؛ مبادی و فنون. تهران: انتشارات سمت.

^۱. Compassion

^۲. Self Compassion

^۳. Falconer

^۴. King

^۵. Brewin

قربانی، نیما. (۱۳۹۳). عشق چیست. رویش روانشناسی: پاییز ۱۳۹۳، شماره ۸.

قربانی، نیما. (۱۳۹۳). من به روایت من. تهران: بیش نو.

واکتل، پل. (۱۳۸۹). ارتباط درمانی. (ترجمه سحر طاهباز و نیما قربانی). دانشگاه تهران (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۳).

- Abbass A.A (2003). The cost effectiveness of short-term dynamic psychotherapy. *Expert review of pharmacoeconomics outcomes research*.3 (5):535-539
- Abbass A.A., Kisely s., kroenke k. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and psychodynamics*. 78:265-274
- Abbass, A. (2005). Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. *J FAM Pract*, 54(3), 231-239.
- Abbass, A. (2015). *Reaching Through Resistance: Advanced Psychotherapy Techniques*.
- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S. ... & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 7.
- Abbass, A., & Bechard, D. (2007). Bringing character changes with Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy: Practice and Theory*, 11, 26-40.
- Abbass, A., Town, J. M., & Driessen, E. (2013). Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: A Treatment Overview and Empirical Basis. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16(1), 6-15.
- Alexander, F. (1950). Analysis of the therapeutic factors in psychoanalytic treatment. *The psychoanalytic quarterly*.
- Bion, W. R. (1981). Notes on memory and desire. *Classics in psychoanalytic technique*, 259-261.
- Bleuler, R. (1996). Anxiety as an Indicator of Initial Transference Resistance and it's handling in Intensive Short- Term Dynamic Psychotherapy. *International Journal of Short- Term Psychotherapy*, 11(1), 1-20.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International journal of psycho-analysis*, 39, 350.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. V. Basic Books.
- Brody, S., Wagner, D., Heinrichs, M., James, A., Hellhammer, D., & Ehlert, U. (2000). Social desirability scores are associated with higher morning cortisol levels in firefighters. *Journal of psychosomatic research*, 49(4), 227-228.
- Carlson, T. M. (2004). A short-term dynamic psychotherapy approach for college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 18(3), 47-67.
- Chu, J. A. (1991). The repetition compulsion revisited: Reliving dissociated trauma. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(2), 327.
- Cooper, A. M. (1987). Changes in psychoanalytic ideas: Transference interpretation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35(1), 77-98.
- Christoph, P., & Connolly, M. B. (1999). Alliance and technique in short-term dynamic therapy. *Clinical Psychology Review*, 19(6), 687-704.
- Damasio, A., & Dolan, R. J. (1999). *The feeling of what happens*. Nature, 401(6756), 847-847.
- Davanloo, H. (1980). A method of short-term dynamic psychotherapy. *Short-term dynamic psychotherapy*, 1, 43-71.
- Davanloo, H. (1986). Intensive short-term psychotherapy with highly resistant patients. I. Handling resistance. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 1(2), 107-134.

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

Davanloo, H. (1987). Unconscious therapeutic alliance. *Frontiers of Dynamic Psychotherapy: Essays in Honor of Arlene and Lewis R. Wolberg*, 64-88.

Davanloo, H. (1995). Intensive short-term dynamic psychotherapy: Spectrum of psychoneurotic disorders. *INTERNATIONAL JOURNAL OF SHORT TERM PSYCHOTHERAPY*, 10, 121-156.

Davanloo, H. (1999). Intensive short- term dynamic psychotherapycentral dynamic sequence: phase of challenge." *International Journal of Intensive Short- Term Dynamic Psychotherapy* 13, no. 4: 237-262.

Davanloo, H. (2001). Intensive short-term dynamic psychotherapy: extended major direct access to the unconscious. *European Psychotherapy*, 2, 25-70.

Davanloo, H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., Vol. 2, pp. 2628–2652). Philadelphia: Williams and Wilkins.

Della Selva, P. (1996). *Intensive short-term dynamic psychotherapy*. New York: John Wiley.

Duckworth, A. L., & Seligman, M. E. (2005). Self-discipline outdoes IQ in predicting academic performance of adolescents. *Psychological science*, 16(12), 939-944.

Falconer, C. J., King, J. A., & Brewin, C. R. (2015). Demonstrating mood repair with a situation- based measure of self- compassion and self- criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.

Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459.

Frederickson, J. (2013). *Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques*.

Freud, S. (1922). The unconscious. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 56(3), 291-294.

Freud, S. (1932). The economic problem of masochism. *The Psychoanalytic Review* (1913-1957), 19, 333.

Freud, S. (1924). The infantile genital organization of the libido: A supplement to the theory of sexuality. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 5, 125.

Gill, M. M. (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. *International Review of Psychoanalysis*, 11(2), 161-179.

Grecucci, A., Theuninck, A., Frederickson, J., & Job, R. (2015). Mechanisms of social emotion regulation: From neuroscience to psychotherapy. *Emotion regulation: Processes, cognitive effects and social consequences*, 57-84.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43.

Harris, P. L., Donnelly, K., Guz, G. R., & Pitt-Watson, R. (1986). Children's understanding of the distinction between real and apparent emotion. *Child development*, 895-909.

Johansson, R., Town, J. M., & Abbass, A. (2014). Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ*, 2, e548.

Joseph, R. (1980). Awareness, the origin of thought, and the role of conscious self-deception in resistance and repression. *Psychological Reports*, 46(3), 767-781.

Katon, W., Sullivan, M., & Walker E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders and adult trauma, and personality traits.

Katzman, J., & Della selva. (2013). The role of therapist activity in psychodynamic psychotherapy. *Psychodynamic psychiatry*, 41(1), 75.

Kernberg, O. F. (1998). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical background and diagnostic classification. Klein, M. (1952). The origins of transference. *The International journal of psycho-analysis*, 33, 433.

Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 16, 145.

- Klein, M. (1959). Our adult world and its roots in infancy. *Human Relations*, 12(4), 291-303.
- Klein, M., & Strachey, A. (1997). *The psycho-analysis of children*. Random House.
- Kohut, H. (2013). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. University of Chicago Press.
- Laikin, M., Winston, A., & McCullough, L. (1991). Intensive short-term dynamic psychotherapy. *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*, 80-109.
- Malan, D. (1979). Individual psychotherapy and the science of psychotherapy.
- Malan, D. (2000). Beyond Interpretation: Initial Evaluation and Technique in Short- Term Dynamic Psychotherapy. Part I. *International Journal of Intensive Short- Term Dynamic Psychotherapy*, 14(3), 59-82.
- Malan, D. H. (1973). Therapeutic factors in analytically-oriented brief psychotherapy. *Support, Innovation and Autonomy*. Edited by Gosling RH. London, Tavistock.
- Malan, D., & Della Selva, P. C. (2007). *Lives transformed: A revolutionary method of dynamic psychotherapy*. Karnac Books.
- Mann, J. (1981). The core of time-limited psychotherapy: Time and the central issue. *Forms of brief therapy*, 25-43.
- Migone, P. (1985). Short-term dynamic psychotherapy from a psychoanalytic viewpoint. *Psychoanalytic review*, 72(4), 615.
- Neborsky, R. J., & ten Have-de Labije, J. (2012). *Mastering Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: Roadmap to the Unconscious*. Karnac Books.
- Osimo, F. (2012). Intensive Experiential-Dynamic Psychotherapy (IE-DP) is one of the experiential dynamic therapies (ISTDP). *Theory and Practice of Experiential Dynamic Psychotherapy*, 107.
- Rank, O. (1945). Will therapy; and, Truth and reality.
- Schubmehl, J. Q. (1995). Management of syntonic character resistance in Intensive-Short-Term Dynamic Psychotherapy. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*.
- Shedler, J. (2006). That was then, this is now: An introduction to contemporary psychodynamic therapy. *University of Colorado School of Medicine*.
- Street, A. E., & Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and victims*, 16(1), 65-78.
- Street, A. E., & Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and victims*, 16(1), 65-78.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2003). *Shame and guilt*. Guilford Press.
- Wachtel, P. L. (2011). *Therapeutic communication: Knowing what to say when*. Guilford Press.
- Wolberg, L. R. (1980). *Handbook of short-term psychotherapy*. Thieme-Stratton.

Review of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

